Conseil des affaires sociales et de la famille

Rapport annuel 1983-1984

Québec

86-0164/

Conseil des affaires sociales et de la famille

Rapport annuel 1983-1984

Québec

Le contenu de cette publication
a été rédigé par le Conseil des
Affaires sociales et de la famille

Cette édition a été produite par
la Direction générale des
publications gouvernementales

Dépôt légal 4e trimestre 1984
Bibliothèque nationale du Québec
ISBN 2-55109634-0
ISSN 0226-4323

© Gouvernement du Québec

Monsieur Richard Guay
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter, en ma qualité de ministre responsable de l'application de la Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille, le rapport de cet organisme pour l'année financière 1983-1984.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma haute considération.

Le ministre des Affaires sociales

Camille Laurin

Québec, juin 1984

Monsieur Camille Laurin
Ministre des Affaires sociales
1075, chemin Sainte-Foy
Québec

Monsieur le Ministre,

Je vous transmets, en conformité avec l'article 17 de la Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille, le rapport de nos activités pour l'année financière 1983-1984.

Je vous saurais gré et vous remercie de bien vouloir communiquer ce rapport annuel d'activités à l'Assemblée nationale ainsi que le requiert la loi instituant le présent Conseil.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Madeleine Blanchet

Présidente

Sillery, juin 1984

Table des matières

Chapitre I

Le Conseil des affaires sociales et de la famille 9

1.1 L'organisme 9

1.2 Son rôle 9

1.3 Sa situation dans la structure gouvernementale 9

1.4 Sa composition 10

1.5 La composition du Conseil 11

1.6 Son fonctionnement 13

1.7 Comités spéciaux 13

1.8 Son budget en 1983-1984 14

Chapitre II

Études, avis et recherches réalisées en 1983-1984 15

2.1 La promotion de la santé 15

2.1.1 Les coûts indirects de la maladie 15

2.1.2 Le point sur les habitudes de vie : l'alcool. Données québécoises 16

2.1.3 L'influence de l'environnement social sur la santé des Québécois 17

2.1.4 Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé 17

2.2 L'humanisation des soins 19

2.2.1 Le rêve éclaté 19

2.2.2 Les recherches de l'autonomie 20

Chapitre III

Activités de communications 21

3.1 Le bilan de la santé des Québécois et les coûts de la maladie 21

3.2 Le rêve éclaté 22

3.3 Les activités publiques de la présidente 24

3.4 Les autres activités de communications 26

Annexe

Liste des publications disponibles 27

Liste des articles publiés 27

Chapitre I
Le Conseil des affaires sociales et de la famille

1.1 L'organisme

Le Conseil des affaires sociales et de la famille a été créé en 1971 à la suite de la fusion du ministère de la Santé et du ministère du Bien-être social. Il intégrait les fonctions du Conseil supérieur de la famille, organisme auparavant rattaché au ministère du Bien-être social.

Sa composition, son rôle et son fonctionnement sont prévus par une loi spécifique: la Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille (L.R.Q., c. C-57).

1.2 Son rôle

Le Conseil des affaires sociales et de la famille a été institué pour remplir une fonction de consultation, d'étude, d'évaluation, d'analyse et de formulation d'avis en ce qui a trait à l'ensemble des questions qui touchent les affaires sociales et la famille.

Le Conseil joue deux rôles distincts conformément à sa loi :

— il peut, avec l'approbation du ministre des Affaires sociales, entreprendre l'étude de toute question relative aux affaires sociales et de la famille dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'aide, des allocations et des assurances sociales. Il peut effectuer lui-même ou faire effectuer par un tiers les recherches qu'il juge utiles ou nécessaires. Il peut aussi recevoir et entendre les requêtes et suggestions des individus et des groupes sur toute question relevant de sa compétence.

Le Conseil doit communiquer au ministre les constatations qu'il a faites et les conclusions auxquelles il arrive. Le ministre est tenu de rendre publiques ces études ;

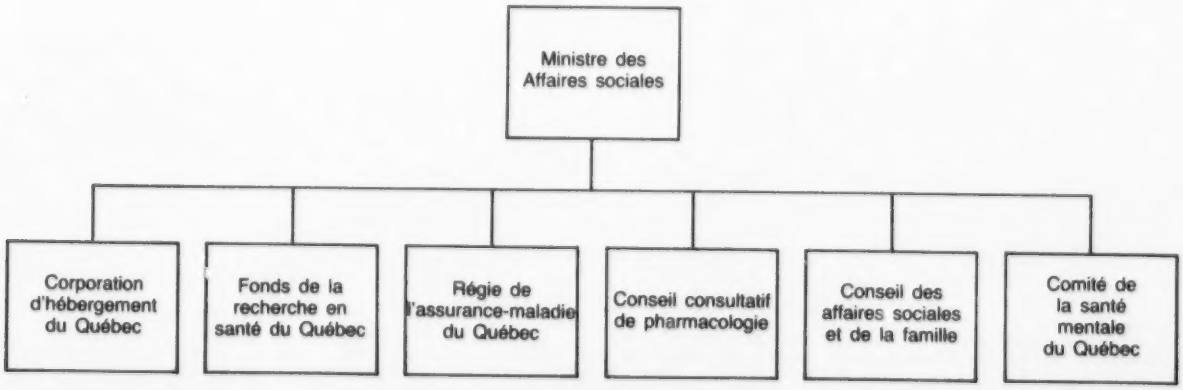
— le Conseil peut aussi recevoir une demande d'avis de la part du ministre des Affaires sociales ou du ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu (pour les questions de sécurité du revenu). Il doit aussi saisir les ministres concernés de tout problème ou de toute question qu'il juge de nature à nécessiter une étude ou une action de la part de ces ministères.

1.3 Sa situation dans la structure gouvernementale

Le Conseil des affaires sociales et de la famille relève du ministre des Affaires sociales. L'organigramme ci-contre, dressé à partir de la structure administrative du ministère des Affaires sociales, situe le Conseil par rapport aux autres organismes qui dépendent du ministre.

En plus du Conseil des affaires sociales et de la famille, on retrouve :

— la Corporation d'hébergement du Québec;
— le Fonds de la recherche en santé du Québec;
— la Régie de l'assurance-maladie du Québec;
— le Conseil consultatif de pharmacologie;
— le Comité de la santé mentale du Québec.



1.4 Sa composition

Le Conseil se compose des membres suivants, nommés par le Gouvernement, sur la recommandation du ministre des Affaires sociales:

— la présidente;
— trois personnes choisies parmi celles qui sont recommandées par les associations et les groupes représentatifs du domaine de la santé;
— trois personnes choisies parmi celles qui sont recommandées par les associations et groupes représentatifs du domaine des services sociaux;
— deux personnes choisies parmi celles qui sont recommandées par les associations familiales;
— deux personnes choisies parmi celles qui sont recommandées par les groupes socio-économiques représentatifs;
— deux personnes choisies parmi celles qui sont recommandées par les organismes syndicaux;
— trois personnes choisies parmi celles qui sont recommandées par les milieux universitaires.

Sont membres d'office, le sous-ministre des Affaires sociales ou son délégue, le président-directeur général de la Régie de l'assurance-maladie ou son délégué, le président de la Régie des rentes du Québec ou son délégué, le sous-ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu ou son délégué.

Les membres du Conseil, autres que les membres d'office, sont nommés pour quatre ans et la présidente (ou le président) est nommée pour dix ans.

Les membres du Conseil des affaires sociales et de la famille

Secteur représenté	Noms	Nomination*	Lieu de résidence
(Présidente)	Dr Madeleine Blanchet	1980	Saint-Nicolas
Santé	Dr Jacques Brunet	1984	Québec
	Dr Monique Gratton-Amyot	1980	Montréal
	Dr Robert Maguire	1984	Rimouski
Services sociaux	M. Georges Robitaille	1978	Sillery
	Poste vacant		
(Vice-président)	M. Jacques Jobin	1980	Montréal
Milieux universitaires	Mme Karen Messing	1984	Montréal
	Dr Jean Rochon	1984	Québec
	M. Rémy Trudel	1984	Rouyn
Associations familiales	Mme Solange Fernet-Gervais	1978	Hérouxville
	M. Jacques Lizée	1975	Montréal
Groupes socio-économiques	Mme Madeleine Moranville	1980	Hauterive
	Dr Guy Dion	1980	Chicoutimi
Organismes syndicaux	Poste vacant		
	Poste vacant		
Membres d'office	M. Jean-Claude Deschênes Sous-ministre Ministère des Affaires sociales Déléguée: Mme Micheline Blache-Gadbois		
	Dr J.-Auguste Mockle Président-directeur général Régie de l'assurance-maladie du Québec		
	M. Claude Legault Président Régie des rentes du Québec Délégué: M. Jean-Yves Uhel, vice-président		
	M. Pierre Sarault Sous-ministre Ministère de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu Délégué : M. Denis Fugère		
Secrétaire administratif	M. Louis Blanchet		

* Les membres du Conseil demeurent en fonction nonobstant l'expiration de leur mandat, jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.

La présidente

Médecin épidémiologue, madame Madeleine Blanchet est présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille depuis juillet 1980.

Titulaire d'un doctorat en médecine de l'Université Laval, d'un diplôme en santé publique de l'Université de Montréal et d'une maîtrise ès sciences de l'école de santé publique de Harvard (Boston), madame Blanchet a fait carrière au sein de plusieurs organismes publics et para-publics et d'institutions d'enseignement.

Directeur médical du service de santé d'Hochelaga puis chargée de cours à l'école de santé publique (Université de Montréal), elle devient chargée de cours en épidémiologie à la faculté de médecine (Université Laval) où elle met son expérience au profit de cette institution pendant dix années. Consultante en épidémiologie pour la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Castonguay — Nepveu), elle agit ensuite, pour le Québec, à titre de coordonnatrice de l'enquête Nutrition-Canada.

Membre du comité d'évaluation des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus (comité Walton) puis membre du Conseil d'administration de l'Institut canadien de la santé infantile, elle est récipiendaire, entre autres, du prix annuel de l'Institut canadien de Québec pour oeuvre scientifique en recherche appliquée aux sciences de la santé.

Madame Blanchet a réalisé des travaux portant sur l'état de santé de la population et les politiques préventives, notamment dans le domaine de la nutrition, de la santé maternelle et infantile. Par surcroît, elle est l'auteure de plusieurs rapports, articles et conférences touchant la sphère de la santé.

Devenue directrice des études épidémiologiques au ministère des Affaires sociales en 1972, elle accède, huit années plus tard, à la présidence du Conseil des affaires sociales et de la famille.

La présidente dirige les activités du Conseil et en coordonne les travaux ; elle assure la liaison entre le Conseil et le ministre des Affaires sociales ou le ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, selon le cas.

1.5 La composition du Conseil

Outre la présidente, le Conseil se compose de 15 membres nommés par le Gouvernement sur la recommandation conjointe du ministre des Affaires sociales et du ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu. Les membres sont choisis parmi les personnes recommandées par les associations et les groupes représentatifs du domaine de la santé, des services sociaux, des associations familiales, des groupes socio-économiques importants, des organismes syndicaux et des milieux universitaires. La durée du mandat des membres du Conseil est de quatre ans et ce mandat ne peut être renouvelé consécutivement qu'une seule fois.

Docteur Guy Dion

Monsieur Guy Dion est optométriste. Il est respectivement membre du Conseil d'administration de l'hôpital de Chicoutimi et membre du Centre de prévention du suicide du Saguenay.

Madame Solange Fernet-Gervais

Madame Fernet-Gervais collabore avec son mari à une entreprise agricole. Elle est directrice-fondatrice du Centre d'actions bénévoles Normandie (Saint-Tite). Elle est membre de plusieurs commissions et comités. Elle est l'ex-présidente générale de l'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFEAS). Elle a participé au comité sur la famille.

Docteur Monique Gratton-Amyot

Le docteur Gratton-Amyot, ex-directrice des services profressionnels du Centre hospitalier Notre-Dame de Montréal est commissaire à la Commission des affaires sociales.

Elle a fait partie des comités de travail sur l'humanisation des soins aux mourants, sur la consommation de médicaments et sur la famille.

Le sous-ministre des Affaires sociales, le sous-ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu, le président de la Régie des rentes du Québec et le président de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, ou leurs délégués, sont aussi d'office membres du Conseil, mais ils n'ont pas droit de vote.

Monsieur Jacques Jobin
Vice-président

Monsieur Jacques Jobin est directeur général de Jeunesse Canada Monde après avoir été directeur général du Service universitaire canadien d'outremer (SUCO). Auparavant, il a respectivement été directeur général du Centre local de services communautaires de la vallée de la Lièvre et du Centre local de services communautaires du Richelieu. Il a aussi été président de la Fédération des CLSC du Québec. Monsieur Jobin a participé au Comité sur la protection des droits des bénéficiaires des services de santé et des services sociaux et est membre du Comité sur les stratégies de promotion de la santé.

Docteur Jacques Brunet

Auparavant sous-ministre des Affaires sociales, le docteur Brunet cumule les fonctions de professeur à la faculté de médecine de l'Université Laval et de directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL). Il fait partie du groupe de travail sur les stratégies de promotion de la santé où il agit à titre de président.

Monsieur Jacques Lizée

Monsieur Jacques Lizée occupe la fonction de secrétaire général de la Fédération des unions de familles. Il a collaboré avec le groupe de travail sur la famille.

Docteur Robert Maguire

Le docteur Robert Maguire est directeur du Département de santé communautaire du Centre hospitalier régional de Rimouski dont il a assumé l'implantation en 1974. Monsieur Maguire est très actif dans le domaine de la santé communautaire. Il a collaboré avec l'Université du Québec à Rimouski, entre autres, à diverses activités à ce sujet.

Madame Karen Messing

Madame Karen Messing est membre du groupe de recherche en écologie du travail à l'Université du Québec à Montréal où elle enseigne depuis 1976. Elle détient un doctorat en génétique de l'Université McGill et, depuis quelques années, elle s'intéresse particulièrement à l'influence des conditions de travail sur la santé des femmes et aux risques génétiques associés à l'exposition aux radiations ionisantes dans les milieux de travail. Elle a publié plusieurs articles sur ces sujets.

Madame Madeleine Moranville

Madame Madeleine Moranville était, jusqu'au mois de janvier 1982, présidente du Conseil d'administration du Conseil régional de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord. Elle est présidente depuis cinq ans du Conseil d'administration du Centre des ressources institutionnelles de la Côte-Nord. Elle a fait partie du Comité sur la protection des droits des bénéficiaires des services de santé et des services sociaux et a collaboré à l'étude et avis sur l'enfant handicapé intitulé *Le rêve éclaté*.

Monsieur Georges Robitaille

Monsieur Georges Robitaille est directeur général de Centraide Québec. Il était président du groupe de travail sur la famille dont le mandat était de produire un avis sur les éléments de base et les orientations en vue de l'élaboration d'une politique familiale. L'avis a paru sous le titre: *La famille, demain*. Il a participé également au Comité sur la protection des droits des bénéficiaires des services de santé et des services sociaux.

Docteur Jean Rochon

Le docteur Jean Rochon est doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval depuis 1979. Il a aussi été directeur du Département de médecine sociale et préventive de la même université et directeur du Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval. Il est membre du Conseil d'administration de plusieurs organismes internationaux; a été appelé en consultation par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à maintes reprises. Il fait partie du groupe de travail sur les stratégies de promotion de la santé.

Monsieur Rémy Trudel

Monsieur Rémy Trudel est recteur de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Il détient un doctorat en administration scolaire de l'Université d'Ottawa. Il a été professeur en administration scolaire à l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi qu'à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Il a aussi été directeur du Département des sciences de l'éducation à la Direction des études universitaires de l'Ouest québécois (Rouyn) et adjoint au directeur des études et de la recherche au Centre d'études universitaires à Rouyn. Monsieur Trudel a à son actif plusieurs publications scientifiques dans le domaine de l'administration scolaire. Il est, de plus, président du Comité du bilan scientifique et technologique en Abitibi-Témiscamingue. Il est présentement membre du Comité exécutif du Comité régional de développement de l'Abitibi-Témiscamingue après avoir été son président pendant deux ans.

Hommage à Léo Cormier

Monsieur Léo Cormier ne siégera plus au Conseil des affaires sociales et de la famille. Il est décédé le 9 mars 1984 à la suite d'une longue maladie.

Les membres du Conseil saisissent l'occasion pour rendre un dernier hommage à celui qui a oeuvré au sein du Conseil des affaires sociales et de la famille pendant plus de quatorze ans.

Profondément engagé dans l'action sociale, M. Cormier était pourvu d'une vitalité qui suscitait l'admiration de toutes les couches de la société: groupes de citoyens, corporations professionnelles, associations volontaires, autorités gouvernementales. Sans doute, est-ce la raison pour laquelle on faisait appel à lui de toutes parts? Léo Cormier avait un souci constant d'assumer pleinement les responsabilités qu'on lui confiait.

Les fonctions officielles qu'il a exercées au cours de sa vie n'ont jamais été un obstacle à ses engagements auprès de citoyens de toutes classes. Au contraire, mieux que quiconque, il était en mesure de bien les servir, ayant lui-même gravi les échelons au prix de lourds sacrifices.

Aujourd'hui, le travailleur social venu à la profession par les cours du soir n'est plus. Il laisse un riche héritage à la société par le rôle déterminant qu'il a joué dans la réforme des services de santé et des services sociaux.

1.6 Son fonctionnement

Le Conseil se réunit huit fois par année ou plus souvent si nécessaire.

Il s'appuie, pour réaliser les mandats qui lui sont confiés sur un Secrétariat formé de personnel de la fonction publique. Ce personnel voit à exécuter les études ou recherches pertinentes et à offrir le support professionnel et technique requis. Pour l'année 1983-1984, le secrétariat comprenait 16 personnes, y compris la présidente et le secrétaire général. Ce dernier agit à titre de secrétaire du Conseil et de ses comités. Il gère le budget, le personnel et les ressources matérielles.

Le Secrétariat veille aussi à la formation et au développement des ressources humaines dans le cadre des politiques établies à cette fin par le ministère des Affaires sociales.

1.7 Comités spéciaux

Le Conseil forme, à la demande du ministre, des comités spéciaux pour l'étude de questions particulières. Ces comités sont chargés de recueillir les renseignements pertinents et de faire rapport au Conseil de leurs constatations et recommandations.

Ces comités sont, totalement ou partiellement, formés de personnes qui ne sont pas membres du Conseil.

En 1983-1984, étant donné la nature des travaux du Conseil, un comité spécial a été mis sur pied à la demande du ministre des Affaires sociales, formé de représentants du réseau des services de santé, du milieu universitaire, du secteur privé et de membres du Conseil. Ce comité a vu le jour au début de l'été 1983 et il a terminé ses travaux en août 1984. Il a permis la réalisation du Rapport sur la promotion de la santé des québécois.

Les personnes qui le composent sont les suivantes:

— le Dr Jacques Brunet, directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval, président du Comité. Le docteur Brunet est spécialiste en endocrinologie et en médecine interne. Il est membre du Conseil des affaires sociales et de la famille et a présidé les huit rencontres du groupe de travail;

— le Dr Madeleine Blanchet, présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille et coordonnatrice des travaux de ce comité. Le docteur Blanchet est médecin épidémiologiste;

— le Dr André Arsenault, coordonnateur à l'Institut de recherche en santé et sécurité au travail. Il est conseiller en recherche à l'École de relations industrielles de l'Université de Montréal. Le docteur Arsenault est spécialiste en médecine nucléaire;

— monsieur Raymond Bachand, vice-président de Métro-Richelieu. M. Bachand est administrateur;

— le Dr Louis Bernard, professeur au Département de médecine sociale et préventive à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec. Le docteur Bernard est pédiatre;

— le Dr Paul David, directeur des services professionnels de l'Institut de cardiologie de Montréal. Le docteur David est cardiologue;

— monsieur Claude Dessureault, vice-président exécutif de l'Association des manufacturiers canadiens (division du Québec). M. Dessureault est administrateur;

— madame Mona-Josée Gagnon, chargée de recherche à la Fédération des travailleurs du Québec (F.T.Q.). Mme Gagnon est sociologue;

— le Dr Yvon Gauthier, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Le docteur Gauthier est psychiatre;

— le Dr Roberto Iglesias, directeur du Département de santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke. Le docteur Iglesias est médecin épidémiologiste;

— monsieur Jacques Jobin, président-directeur général de Jeunesse Canada Monde et vice-président du Conseil des affaires sociales et de la famille. M. Jobin est sociologue;

— le Dr Jean-Gil Joly, successivement chef du Service de biochimie et chercheur au Centre de recherches cliniques à l'hôpital Saint-Luc, Montréal. Auparavant, il était président du Fonds de la recherche en santé du Québec. Le docteur Joly est médecin biochimiste;

— madame Madeleine Joubert, vice-présidente et directrice générale de la Fondation Girardin-Vaillancourt. Mme Joubert est administratrice;

— madame Donna Mergler, professeur au Département des sciences biologiques de l'Université du Québec à Montréal. Mme Mergler est physiologiste;

— le Dr Gilles Pigeon, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. M. Pigeon est spécialiste en médecine interne et en néphrologie;
— monsieur Jacques Pigeon, sous-ministre adjoint au ministère des Communications. M. Pigeon est administrateur;
— le Dr Jean Rochon, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Le docteur Rochon est médecin, spécialiste en santé publique;
— monsieur Jean-Yves Uhel, vice-président de la Régie des rentes du Québec et membre d'office du Conseil. M. Uhel est juriste en droit public;
— monsieur Louis Blanchet du Conseil a agi comme secrétaire administratif;
— madame Sylvie Dillard et monsieur Yvon Brunelle du Secrétariat du Conseil ont agi comme rapporteurs.

Le Comité s'est également adjoint des experts et consultants dans des domaines spécialisés.

1.8 Son budget en 1983-1984

Le Conseil des affaires sociales et de la famille est un organisme qui relève du ministre des Affaires sociales. Par conséquent, ses dépenses apparaissent au budget du ministère des Affaires sociales. Les crédits accordés pour l'exercice 1983-1984 s'élèvent à 611 000 $. Le montant global alloué au traitement des employés permanents représente 71,6 % des dépenses totales.

Catégorie des dépenses	$
Traitements (employés permanents)	438 000
Autres rémunérations (employés occasionnels)	2 400
Services de transport et de communication	34 700
Services professionnels, administratifs et autres	115 500
Entretien et réparation	1 000
Loyers	7 700
Fournitures et approvisionnement	4 300
Matériel et équipement	3 000
Autres dépenses	4 400
Total	**611 000 $**

Chapitre II
Études, avis et recherches réalisées en 1983-1984

Au cours de l'année 1983-1984, le Conseil des affaires sociales et de la famille a orienté ses travaux de recherche selon deux axes principaux: la promotion de la santé et l'humanisation des soins.

2.1 La promotion de la santé

Au cours de l'exercice financier qui vient de s'écouler, le Conseil a poursuivi ses travaux de recherche sur les stratégies de promotion de la santé qui avaient débuté pendant l'année 1982-1983.

Rappelons qu'à l'automne 1981, le ministre des Affaires sociales avait confié au Conseil le mandat d'examiner la question des stratégies de promotion de la santé. Le ministre avait fait remarquer au Conseil que l'approche traditionnelle de la santé est remise en question dans tous les pays industrialisés, là même où les meilleurs systèmes de soins ont été développés. Le ministre s'interrogeait alors sur ce qui pourrait être l'apport de la promotion de la santé — non pour remplacer le système de soins curatifs, qui a indéniablement sa raison d'être — mais pour atteindre de meilleures performances, en termes de santé, qui paraissent difficilement accessibles actuellement.

Le Conseil s'est donc vu confier le mandat d'identifier des stratégies de promotion de la santé qui tiennent compte de la spécificité du Québec, que ce soit par rapport à l'état de santé particulier de sa population, à ses caractéristiques socio-économiques, ou à l'organisation de son système de santé et de services sociaux.

Dans la réalisation de ce mandat, le Conseil a distingué trois volets principaux:

— un premier volet dans lequel il s'est appliqué à faire un bilan de la santé des Québécois et à évaluer les coûts de la maladie. La majeure partie de ce volet concerne le bilan de la santé des Québécois et les coûts de la maladie. Elle a été principalement réalisée au cours de l'année 1982-1983. Il en est résulté d'une part, trois études qui abordent le bilan de la santé des Québécois sous des angles différents. Ces études s'intitulent: *Des victoires sur la mort, Durée ou qualité de la vie?* et *Des problèmes prioritai*; d'autre part, une étude dans laquelle le Conseil s'est concentré sur l'évaluation des coûts du traitement de la maladie, soit les coûts directs attribuables à la maladie. Cette étude s'intitule: *Les coûts de la maladie*.

  Ces quatre études sont disponibles chez l'Éditeur officiel du Québec dans la collection : la santé des Québécois.

  Dans le cadre de ce premier volet, le Conseil a jugé utile, cette année, de poursuivre ses recherches en ce qui a trait aux coûts de la maladie. C'est ce qui explique la réalisation d'une étude intitulée *Les coûts indirects de la maladie* où le Conseil tente d'évaluer pour la société québécoise, le manque à gagner qui provient de la morbidité et de la mortalité prématurée;

— un second volet dans lequel le Conseil fait l'étude des relations qui existent entre les conditions socio-économiques, les facteurs de risque et l'apparition des maladies. Cette démarche a donné lieu à la réalisation de deux études: *Le point sur les habitudes de vie : l'alcool. Données québécoises* et *L'influence de l'environnement social sur la santé des Québécois;*

— un troisième volet où le Conseil s'est attardé à identifier les stratégies les plus efficaces en matière de promotion de la santé. Cette recherche s'est concrétisée par un document intitulé *Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé*.

  Ainsi, dans le domaine de la promotion de la santé, le Conseil a réalisé, en 1983-1984, quatre études dont les titres et les résumés suivent ci-après.

2.1.1 Les coûts indirects de la maladie

Quel est en 1980 le manque à gagner pour la société québécoise du fait de la morbidité et des morts prématurées?

C'est à cette question entre autres, que le Conseil a voulu répondre dans son étude intitulée *Les coûts indirects de la maladie* réalisée au cours de l'année 1983-1984.

Les pertes de production pour la société sont mesurées par les pertes de revenus de travail entraînées par la morbidité et la mortalité. Le total des pertes économiques s'élève à 4,6 milliards $, soit 730 $ par habitant. La morbidité cause près des deux tiers de ces pertes économiques, en laissant 37 % à la mortalité prématurée.

Ainsi, les travailleurs perdent annuellement 19 jours ouvrables à cause de la morbidité. Avec leur taux et revenu d'emploi les hommes accaparent 71 % de cette perte totale. En raison du vieillissement de la population, la morbidité entraîne des coûts de plus en plus élevés pour la société. Déjà en 1980, ces coûts s'élevaient à une valeur de 3 milliards $.

La mortalité a également un effet néfaste sur l'économie. Le manque à gagner engendré par les 32 900 décès survenus en 1980 totalise un montant de 1,5 millards $. Le tiers de ces décès prématurés ont lieu chez les personnes âgées de 45 à 64 ans qui représentent, à elles-seules, 50 % des pertes économiques. Ces personnes auraient eu encore une contribution importante à apporter à la production économique en biens et services, le coût par décès dans ce groupe d'âge étant de 68 000 $.

Dans cette étude, le Conseil se demande, par ailleurs, si certaines maladies ont plus d'impact que d'autres sous l'angle de la production économique perdue. On découvre à ce sujet que les maladies les plus néfastes économiquement sont, dans l'ordre, les maladies de l'appareil circulatoire qui grugent le cinquième du manque-à-gagner, soit 911 millions $ ou encore 20 % du total des pertes économiques; viennent ensuite les maladies du système ostéo-articulaire qui engloutissent 697 millions $ soit 15,2 % du total des pertes économiques; enfin, les traumatismes qui représentent 13,1 % du total des pertes économiques.

2.1.2 Le point sur les habitudes de vie: l'alcool. Données québécoises.

Au Québec, la hausse de la consommation per capita s'est traduite en une hausse réelle de la consommation par buveur et en un accroissement des problèmes de toutes sortes.

C'est là l'un des faits saillants de l'étude du Conseil des affaires sociales et de la famille intitulée *Le point sur les habitudes de vie: l'alcool. Données québécoises.*

Un résumé de cette étude est paru dans Carrefour des Affaires sociales du mois de juin 1984 dans le cadre d'un dossier spécial sur l'alcool.

La consommation d'alcool per capita a fortement augmenté au cours des quatre dernières décennies au Québec. Cette hausse est principalement attribuable aux ventes accrues de la bière jusqu'au début des années 70. En nombre absolu de litres de boissons alcooliques consommées, la bière détient toujours, et de loin, la première place. Sur 132,7 litres de boissons consommées par chaque québécois en 1982, 114,4 litres étaient sous forme de bière, 12,3 sous forme de vin et 6,0 sous forme de spiritueux. Le tiers du volume de la bière vendue au Québec est consommée par les jeunes de 18 à 24 ans. En effet, 28,4 % des consommateurs de bière sont âgés entre 18 et 24 ans et consomment 33,9 % du volume total de la bière vendue au Québec. Les consommateurs de vin se concentrent surtout chez les 25 à 40 ans. Il est à prévoir que la hausse du vin se poursuivra étant donné l'importance croissante de ce groupe dans la population.

Malgré ces constatations, le Québec se situe parmi les provinces qui détiennent les plus faibles consommations d'alcool pur. Cette position s'explique par la faible consommation de spiritueux qui se retrouve au Québec, la plus faible parmi celles de toutes les provinces canadiennes. En réalité le nombre de litres de toutes les boissons alcooliques absorbées par chaque québécois au cours d'une année est supérieur à celui absorbé par la moyenne des canadiens, mais les boissons consommées par les Québécois ont une teneur d'alcool plus faible.

La majorité des études ou des articles qui traitent de l'alcool portent surtout sur les conséquences sérieuses que la consommation excessive entraîne. Des conséquences négatives qui ont semblé les plus importantes, le Conseil a retenu la surmortalité attribuable à la consommation excessive, l'alcoolisme, les problèmes sociaux et économiques.

Les études qui ont porté sur les alcooliques et sur les grands buveurs ont fait la démonstration que la mortalité de ceux-ci est significativement plus élevée que celle de l'ensemble de la population.

Étant donné qu'il n'existe pas de statistiques sur l'évolution des grands buveurs et sur l'évolution du nombre de la gravité des problèmes engendrés par l'alcool dans notre société, le Conseil a eu recours à un indicateur: la mortalité par cirrhose du foie. L'évolution de ce type de mortalité montre que ce sont les hommes qui ont accumulé le plus de problèmes de toutes sortes à cause de l'alcool, au cours des dernières décennies. Les femmes ont accru aussi les leurs de façon importante, surtout entre 1966 et 1976. Parmi les hommes et les femmes, ce sont les jeunes qui voient leurs problèmes se multiplier le plus rapidement à cause de l'alcool.

Une consommation excessive provoque non seulement des dommages au foie, mais aussi d'autres troubles à la fois physiques et mentaux. C'est ainsi qu'elle joue un rôle dans les maladies du système digestif telles que les gastrites et les pancréatites, dans certaines maladies du système nerveux comme la névropathie périphérique. Il existe aussi des indices selon lesquels l'alcool provoque des dommages au cerveau tel que l'amnésie et diminue la capacité de se concentrer. L'alcool entraîne encore des conséquences néfastes sur certaines maladies respiratoires, par exemple la bronchite chronique. La pneumonie et la tuberculose sont

prolongées et compliquées quand l'alcool est consommé sur une longue période.

C'est par l'intermédiaire des maladies du coeur que l'alcool provoque le plus de décès, ensuite par l'intermédiaire du cancer, des accidents de véhicules à moteur et de la cirrhose du foie, etc.

L'étude révèle enfin que les problèmes d'alcool ne sont pas exclusifs aux buveurs excessifs. Les blessures subies lors d'accidents de véhicules à moteur et lors d'accidents à la maison et au travail arrivent aux grands buveurs, mais pas exclusivement à eux. En effet, les arrestations pour conduite dangereuse en état d'ébriété, les enfants et les conjoints molestés, la baisse de la productivité et la perte de son emploi sont tous des exemples des conséquences néfastes de l'alcool qui surviennent autant chez les buveurs classés modérés. Retenons aussi que le buveur n'est pas seul à souffrir des problèmes reliés à l'alcool. Son comportement a des répercussions sur sa famille, mais aussi sur toute la collectivité.

2.1.3 L'influence de l'environnement social sur la santé des Québécois

Réalisée à partir de données québécoises tirées de l'enquête Santé Canada 1978-1979, cette étude vise à mesurer et à exprimer de façon quantitative l'influence de l'environnement social sur la santé des Québécois de deux façons:

— soit directement en étudiant la variation des indicateurs de santé selon le milieu socio-économique;

— soit indirectement en étudiant l'influence de ce milieu sur les habitudes de vie néfastes ou au contraire favorables à la santé.

Il s'agit là d'un document qui permet de valider un certain nombre d'affirmations qui apparaissent dans le rapport sur les stratégies de promotion de la santé relativement à l'environnement social, économique, de travail Il résulte d'une analyse multivariée qui tient compte de l'influence de plusieurs facteurs en même temps pour arriver à isoler l'effet d'un facteur en particulier.

2.1.4 Rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé

Le Québec devrait se doter pour les années à venir d'une politique de santé. L'enrichissement du concept de santé apparaît l'enjeu fondamental de cette politique. Un consensus semble aujourd'hui s'établir autour d'une définition positive de la santé, centrée sur la notion d'autonomie.

C'est du moins l'une des principales constatations que le Conseil a voulu dégager dans son document sur la promotion de la santé.

L'objectif traditionnel de prolongement de la vie doit s'accompagner aujourd'hui d'un objectif de maintien ou d'amélioration du fonctionnement de l'individu dans son environnement naturel, répondant en cela aux aspirations de la population.

La santé : nouvelle définition

Ce n'est pas une coïncidence si la plupart des définitions actuelles de la santé sont des définitions positives, qui gravitent autour de la notion d'autonomie. On assiste depuis quelques années à l'éclosion d'un nouveau paradigme de la santé. Celui-ci s'appuie sur la ferme conviction qu'il existe chez l'être humain une autonomie naturelle, instinctive, soit un pouvoir régénérateur. La définition de la santé centrée sur la notion d'autonomie, et de capacité fonctionnelle, reconnaît la réalité de la mort et de la maladie, et suggère une concertation d'efforts destinés non seulement à prolonger la vie d'un individu, mais aussi à diminuer sa souffrance et à améliorer son autonomie. Un individu en bonne santé est celui qui est capable de fonctionner aussi efficacement que possible dans son milieu et de se consacrer pleinement à son ou ses projets.

Cette définition de la santé présente l'avantage d'être opérationnelle, puisque la restriction des activités habituelles peut se mesurer. Et l'on a pu ainsi élaborer un nouvel indicateur de santé: l'espérance de vie en bonne santé qui prédit à l'individu combien de temps en moyenne il peut espérer vivre sans aucune limitation de ses activités.

Ce concept de santé est de nature essentiellement dynamique, puisqu'il résulte du processus d'adaptation de l'individu à son milieu. Une meilleure compréhension de cette dynamique de la santé des individus suppose que l'on reconnaisse la diversité des facteurs susceptibles de favoriser ou de nuire à l'adaptation sans dommage de l'individu. Et que l'on accepte la complexité de l'interaction entre les éléments de la biologie humaine, les comportements individuels et les différents aspects de l'environnement physique, social ou économique. Elle implique ainsi une approche écologique de cette dynamique, dans le cadre d'un système de santé dont le système de soins est une composante importante mais non unique.

L'approche écologique

Selon l'approche écologique, la santé d'une population dépend, d'une part, des facteurs qui sont associés à l'apparition des problèmes de santé et, d'autre part, de l'ensemble des ressources (professionnels, établissements, etc.) structurées en vue de fournir des services et des soins à la population dans le but d'améliorer son état de santé. Elle confère aux différents milieux de vie un rôle essentiel dans

le processus de détérioration ou au contraire d'amélioration de la santé d'une population.

L'approche écologique reconnaît donc la multiplicité des déterminants de la santé, situés chez l'individu ou dans son milieu; elle insiste surtout sur la complexité de leur interaction et du processus par lequel ces déterminants peuvent affecter la santé d'un individu. La mise en évidence de certaines relations complexes entre des variables comme le statut social, le niveau de revenu, les valeurs acceptées dans un milieu, les habitudes de vie, les conditions de travail, les réactions au stress, et les problèmes de santé physiques ou mentaux, ouvre la possibilité d'une prévention plus large.

Ainsi, l'approche écologique suggère que la santé résulte de l'action conjugée des divers acteurs du système de santé (l'individu en premier lieu, mais aussi la famille, la communauté, le milieu de travail, le système des soins, les différents niveaux de pouvoirs publics, etc.). Elle veut favoriser une prise de conscience par l'ensemble de ces acteurs, à commencer par l'individu lui-même, des possibilités d'intervention face aux différents déterminants de la santé dans l'environnement social, l'environnement économique, l'environnement de travail, l'environnement physique, etc. et du nécessaire partage des responsabilités qui en résulte. C'est en cela que l'approche écologique se distingue d'une approche plus professionnelle qui laisserait aux différents intervenants de la sphère médicale l'entière responsabilité de l'amélioration de la santé.

L'évolution de l'état de santé des Québécois, la nature des problèmes qui les affectent principalement, l'adoption d'une vision plus positive de la santé qui mette notamment l'accent sur l'autonomie et la responsabilité individuelle suggèrent cependant une orientation un peu différente des ressources du système de soins. Cette orientation pourrait se faire autour d'objectifs de santé jugés prioritaires, et permettrait au système de soins de mieux coordonner ses efforts avec ceux de l'ensemble des intervenants, dans le but d'améliorer la santé des Québécois.

L'approche écologique reconnaît également les limites de ces interventions. Un environnement aussi favorable soit-il ne peut supprimer le vieillissement, ni les pathologies reliées à l'hérédité ou aux fluctuations de la biologie humaine. La maladie et la mort demeurent une réalité, dont l'environnement peut néanmoins contribuer à en amoindrir les conséquences pour l'individu et son entourage.

L'approche écologique de la santé permet donc d'illustrer l'importance et la diversité des différents déterminants de la santé, ainsi que la façon dont ceux-ci interagissent. On se préoccupe davantage des relations qui existent entre ces différents déterminants afin de mieux saisir la genèse, souvent si complexe, des problèmes de santé. Dans son rapport, le Conseil distingue trois déterminants de la santé: les facteurs biologiques, les facteurs environnementaux et le système de soins. À l'examen de ces différents déterminants de la santé des individus, et de la façon dont ils agissent et interagissent, il est difficile de croire que les risques sont distribués dans la population de façon indépendante. Certraines caractéristiques personnelles, biologiques ou culturelles, certains secteurs, certains milieux ou régions constituent des « concentrateurs de risque » de différentes natures.

À la suite de ce constat, le Conseil a tenté de définir dans le rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé, les enjeux nécessaires à l'amélioration de la santé de la population québécoise. Ces enjeux spécifiques résident dans un enrichissement de la santé, de la prévention, de la responsabilité et un élargissement de la notion d'inégalité.

En matière de santé, il ne s'agit plus seulement de lutter contre la maladie et la mort, mais aussi de renforcer par tous les moyens la capacité de l'individu à s'adapter à son environnement et de mener à bien les projets qu'il s'est fixé. C'est l'ensemble des conséquences de la maladie dans la vie quotidienne des individus qui devront être prises en considération, pour savoir si l'on a réellement réussi à améliorer leur santé. On ne pourra pas non plus passer sous silence les conséquences de la maladie en termes de manque-à-gagner pour l'ensemble de la société, et les bénéfices potentiels d'intervention — notamment dans le milieu de travail — qui auraient pour but d'en diminuer l'ampleur.

Le système de soins n'est plus le seul acteur dans une telle entreprise: parmi l'ensemble des efforts destinés à promouvoir une vie socialement féconde, le diagnostic et le traitement des maladies et des incapacités peuvent dans certains cas n'avoir qu'une importance relative par rapport aux moyens non médicaux. La nature même des efforts du système de soins peut se trouver sensiblement modifiée dans cette nouvelle optique de promotion de la santé.

En matière de prévention, la pratique traditionnelle de la médecine a souvent privilégié l'action préventive individuelle, aux dépends d'une action sur l'environnement. Depuis une dizaine d'années, une nouvelle réflexion s'est amorcée et vient compléter l'approche préventive traditionnelle axée sur l'individu. La dimension collective des problèmes de santé apparaît de plus en plus claire: on assiste, notamment au Québec, au développement d'une médecine communautaire, caractérisée par la conjonction de deux concepts: l'importance croissante

d'impliquer les collectivités et les usagers dans l'élaboration des actions sanitaires et la nécessité de développer des approches qui intègrent les actions curatives et préventives. À l'heure actuelle, les politiques de prévention cherchent davantage à tenir compte des déterminants de l'environnement sur la santé et notamment de l'environnement socio-économique.

En matière de responsabilité, tous les efforts devraient être entrepris pour augmenter le pouvoir de décision de l'individu sur les différents aspects de sa vie et notamment sur sa santé. Le niveau de contrôle et de responsabilité augmente avec l'information dont on dispose et notamment avec le niveau d'éducation. Un certain nombre de déterminants restent absolument hors de portée de la responsabilité et de l'action individuelle immédiate, notamment tous ceux qui se situent dans l'environnement. La responsabilité première en incombe alors à ceux qui ont un pouvoir de contrôle sur ces déterminants. Parmi ceux-là, figurent les différents niveaux de pouvoir public, le système de soins, le milieu de travail, l'environnement social.

En matière d'inégalité, c'est l'inégalité des atteintes à la santé qui est dénoncée dans la plupart des études : les taux de mortalité, de morbidité, d'incapacité augmentent en général lorsque le milieu socio-économique (occupation, revenu, éducation, quartier) est moins favorable. Réduire les inégalités de santé, c'est agir en amont de la maladie, par l'éducation, l'amélioration des conditions de vie et de travail et toute forme de lutte contre la pauvreté. Mais c'est également s'efforcer d'en diminuer les conséquences pour l'individu et sa famille. Cette orientation suppose toute une conjonction d'efforts axés vers la réadaptation, la réorientation professionnelle, la réinsertion sociale, ou un soutien effectif du revenu de l'individu handicapé par la maladie ou par un accident.

L'amélioration de la santé paraît ainsi comporter un certain nombre d'enjeux spécifiques que nous venons d'énumérer. Elle suppose d'autre part une prise de conscience de la part des différents acteurs du « système de santé », de leurs possibilités réelles d'action et des principes généraux qui doivent guider cette action pour que l'amélioration de la santé devienne réalité.

2.2 L'humanisation des soins

En 1983-1984, le Conseil a entrepris deux recherches et formulé un avis dans le cadre des mandats qu'il s'est donnés concernant l'humanisation des soins. La première recherche concerne l'enfant handicapé et la seconde, la confusion mentale chez les personnes âgées. En effet, après avoir abordé le problème des mourants dans son avis intitulé *Mourir chez-soi* publié dans la série études et avis, le Conseil des affaires sociales et de la famille s'est interrogé cette année sur la façon dont sont accueillis, dans nos hôpitaux, dans leurs familles et dans la société, ceux qui naissent avec une déficience physique ou mentale. Cette recherche s'est concrétisée par un avis intitulé *Le rêve éclaté*.

Parallèlement à cette démarche et toujours dans le cadre de l'humanisation des soins, le Conseil s'est demandé s'il était possible de mettre sur pied des activités pour revitaliser la vie psychique des personnes âgées confuses. Le Conseil a tenté de répondre à cette interrogation dans un article intitulé *Les recherches de l'autonomie*.

2.2.1 Le rêve éclaté

Le Conseil veut, avec ce document, sensibiliser le milieu hospitalier au drame que vivent les parents d'un enfant qui naît malformé. En analysant les besoins des familles au cours de la première année de vie de l'enfant, le Conseil veut permettre l'amélioration de la situation tant au plan de l'information à être dispensée aux parents et du suivi médical nécessité par l'enfant souffrant de handicap qu'au plan de soutien à être accordé à la famille. L'enfant handicapé et sa famille ont besoin d'aide et de support.

Chaque année, souligne l'avis, plusieurs centaines d'enfants souffrant à divers degrés d'une déficience physique ou mentale, naissent au Québec. L'arrivée d'un enfant porteur d'une malformation ou affligé d'une déficience peut perturber la famille d'une façon prolongée et permanente au point même de mener à son éclatement. Un tel événement provoque un stress émotionnel qui entraîne une perturbation sur tous les plans, personnel, conjugal, familial et social.

Le diagnostic est le premier choc et le plus terrible qui frappe de plein fouet les parents. Le grief majeur adressé par ces derniers au personnel hospitalier est le délai avec lequel ils ont appris l'existence du handicap chez leur enfant.

Les médecins et le personnel hospitalier et infirmier ont un rôle primordial à jouer. Ce rôle peut être déterminant pour éviter un choc trop brutal dans l'immédiat et aussi, après la sortie de l'hôpital, pour faciliter la vie de tous les jours avec l'enfant.

La responsabilité du médecin est grande car il y a risque que les parents restent marqués pour la vie ou même que l'enfant soit placé en institution. Les parents désirent recevoir des informations précises sur le handicap de leur enfant, à savoir l'origine et la nature du handicap, sa portée sur la vie de l'enfant et les perspectives d'avenir à plus long terme.

Le personnel infirmier occupe une position clé car il est directement confronté avec les parents qui sont bouleversés et ont besoin de support. En général, les infirmières comprennent bien les réactions et les besoins des mères qui viennent de donner naissance à un enfant handicapé; néanmoins, la majorité d'entre elles ne se sentent pas suffisamment préparées pour répondre adéquatement aux besoins de ces mères. Elles souhaiteraient avoir accès à un programme de formation concernant les soins spécifiques à donner à ces patientes.

Divers agents sociaux et agents d'intervention reconnaissent par ailleurs l'urgence de pouvoir miser sur une intervention concertée, adéquate et précoce de façon à donner à l'enfant handicapé les meilleures chances de s'en sortir et d'acquérir un maximum d'autonomie.

Selon l'avis, il apparaît essentiel qu'une ligne de conduite soit tracée dès la naissance de l'enfant : il doit recevoir un entraînement spécial pour lui permettre d'acquérir la plus grande autonomie possible. La solution idéale tendrait vers l'intégration de l'enfant dans son milieu mais secondé de l'expertise professionnelle et d'un support médico-social.

Aider la famille de l'enfant handicapé, cela peut d'abord vouloir dire intervenir lorsqu'elle traverse des périodes critiques, comme à la naissance, ou lorsque l'enfant doit être opéré. Les parents ont souvent besoin d'une présence, d'être accompagnés dans leur démarche personnelle, d'être soutenus au cours d'une période critique, entre autres par des parents qui ont vécu une expérience semblable. Cela veut aussi dire une intervention permanente et de longue durée.

Le besoin réside surtout dans des ressources de soutien et de support auprès de la famille de façon à éduquer l'enfant, évaluer ses progrès et développer au maximum son potentiel. Il faut bien voir qu'en aidant l'enfant handicapé à être tout ce qu'il peut devenir, en lui donnant les moyens d'exprimer tout son potentiel tant émotif et physique qu'intellectuel, on le rend, par le fait même, en mesure d'établir avec sa famille une relation plus harmonieuse, plus satisfaisante, plus valorisante et apte à contribuer plus tard à son insertion sociale.

2.2.2 Les recherches de l'autonomie

Les recherches de l'autonomie est le titre d'un article publié par le Conseil des affaires sociales et de la famille dans la revue *Carrefour des affaires sociales*, volume 6, no. 2, printemps 84.

Est-il possible de mettre sur pied des activités pour revitaliser la vie psychique des personnes âgées confuses? C'est à cette question que le Conseil tente de répondre dans *Les recherches de l'autonomie*.

Parmi les établissements qui réalisent des programmes précis et novateurs pour revitaliser la vie psychique des personnes âgées confuses, le Conseil en a retenu cinq qui donnent un aperçu de la variété des expériences en cours.

Ainsi, au Foyer Saint-Joseph de Sherbrooke on a développé et appliqué une programmation qui repose sur l'approche individuelle, l'utilisation de la thérapie dynamique du petit groupe et le recours à des activités simples de la vie quotidienne.

Au Centre Lethbridge de Montréal, l'ensemble des activités de jour visent à procurer à la clientèle dépendante les soins et les services nécessaires pour maintenir et prolonger le plus longtemps possible le séjour à domicile, en appartement, foyer de groupe ou famille d'accueil.

Au Centre local des services communautaires des Trois-Saumons de Saint-Jean-Port-Joli, la préoccupation de tout le personnel en poste à l'établissement consiste à favoriser et à faciliter l'autonomie. Chacun supplée à l'autre en toute confiance de sorte qu'entre la clientèle, les intervenants et la direction, se forme une chaîne d'autonomie et s'actualise l'approche humaine faite de respect, d'attention et d'indépendance.

Quant au Centre d'accueil Mgr-Coderre de Longueuil, on y a élaboré une programmation de stimulation en quatre parties touchant l'aspect physiologique, l'aspect psychologique, l'aspect social et l'aspect personnel. Chacune de ces parties correspond à un côté particulier du comportement des résidents.

Enfin, au Centre hospitalier Maimonides de Montréal, tout le personnel reçoit une formation sur les techniques d'orientation dans la réalité. De plus ce centre a mis sur pied un programme de maintien à domicile pour des patients atteints de sénilité.

Chapitre III
Activités de communications

Au cours de l'exercice financier 1983-1984, le Conseil des affaires et de la famille a déployé des efforts substantiels en matière d'activités de communications. Cette politique reflète, depuis un certain temps, le souci du Conseil de publier ses travaux et d'assurer la diffusion des résultats qui en ressortent. Une telle politique vise aussi à sensibiliser les médias et, par ricochet, le grand public, aux problèmes qui y sont soulevés.

Cette année en particulier, les activités de communications du Conseil se sont articulées autour de deux axes principaux : un premier axe dans lequel on retrouve quatre études qui concernent le bilan de la santé des Québécois et les coûts de la maladie : trois de ces études font un constat de la situation de la santé au Québec et une quatrième touche les coûts de la maladie ; un deuxième axe dans lequel on retrouve un avis qui porte sur l'accueil à l'enfant handicapé intitulé *Le rêve éclaté*.

3.1 Le bilan de la santé des Québécois et les coûts de la maladie

Dans la collection *La santé des Québécois*, le Conseil des affaires sociales et de la famille a publié quatre études qui abordent la question de la santé sous des angles différents. L'étude intitulée *Des victoires sur la mort* est basée sur l'espérance de vie et sur les taux de mortalité selon le sexe, l'âge et la cause de décès. Dans l'étude intitulée *Durée ou qualité de la vie?*, le Conseil évalue l'espérance de vie en bonne santé de la population québécoise, c'est-à-dire l'espérance de vie sans limitation des activités pour des raisons de santé. L'étude intitulée *Des problèmes prioritaires* fait ressortir les maladies qui prédominent dans chacun des groupes. Enfin, l'étude intitulée *Les coûts de la maladie* met en évidence l'importance des dépenses publiques dans le domaine de la santé.

Dans cet objectif de diffusion de nouvelles connaissances, le Conseil a voulu attirer l'attention des médias, du public en général et des groupes concernés en particulier, sur les résultats de ces études. Pour atteindre cet objectif, le Conseil a d'abord organisé une conférence de presse au Salon du livre de Montréal à laquelle assistaient les membres du Conseil et dont les participants étaient :

— madame Madeleine Blanchet, présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille. Madame Blanchet a présidé la conférence;
— monsieur François Camirand, sociologue spécialisé en économétrie et agent de recherche au Conseil des affaires sociales et de la famille. Monsieur Camirand est l'auteur de l'étude intitulée *Les coûts de la maladie*;
— madame Sylvie Dillard, économètre et agente de recherche au Conseil des affaires sociales et de la famille. Madame Dillard est l'auteure de l'étude intitulée *Durée ou qualité de la vie?*;
— monsieur Laurent Roy, démographe et agent de recherche au Conseil des affaires sociales et de la famille. Monsieur Roy est l'auteur de l'étude intitulée *Des victoires sur la mort*.

Au cours de cette conférence, la présidente a exposé des points importants qui ressortent de ces études en soulignant entre autres:

— que, devant la progression constante des maladies invalidantes reliées au mode de vie, il apparaît nécessaire de faire le point sur les moyens collectifs et individuels qui sont à notre disposition pour améliorer notre état de santé;
— qu'il faut désormais tenir compte de la qualité de la vie et non pas seulement de la durée de celle-ci, lors de l'élaboration des politiques de santé ou de l'orientation du système de soins;
— qu'un recul important de la mortalité s'est produit depuis 1971 et particulièrement depuis 1976. Contrairement à la décennie précédente, les adultes de sexe masculin et les hommes âgés bénéficient maintenant d'une hausse de longévité;
— que ce sont les troubles mentaux qui accaparent la partie la plus importante des dépenses publiques de santé au Québec.

Du côté de la presse écrite, plusieurs quotidiens tels la Presse, le Devoir, le Soleil, etc., ont couvert l'événement sous des angles différents. Dans une série de quatre articles, le quotidien de Québec, *Le Soleil* a traité de certaines questions importantes qui se dégagent du bilan et des coûts de la maladie. Il s'agit de questions qui ont reçu moins de couverture de la part des journaux telles que la longévité des femmes, la surmortalité masculine, l'allongement de la durée de vie chez les personnes âgées et les coûts de la maladie.

Du côté de la presse électronique, la télévision a accordé une attention particulière à l'événement en faisant la couverture au cours de bulletins de nou-

velles ou au cours d'émissions d'information dans la plupart des stations. L'émission *Le Point* de la Société Radio-Canada, à Montréal, y a consacré un reportage. La radio, quant à elle, a privilégié diverses rencontres dans le cadre d'émissions variées, soit en faisant des entrevues directes avec la présidente ou les agents de recherches impliqués dans la réalisation des études ou encore en faisant des entrevues par voie téléphonique.

Dans cette campagne de diffusion de nouvelles connaissances, le Conseil a voulu atteindre le grand public, par l'intermédiaire des médias, mais aussi et en particulier, ses publics-cibles privilégiés. Parmi ceux-ci, on reconnaît le ministère des Affaires sociales et son réseau, les professionnels de la santé et les milieux de l'enseignement.

La liste qui suit ne prétend pas être complète. Plutôt, elle permet au lecteur d'avoir un aperçu des clientèles visées au cours de cette campagne. On distingue notamment:

— au ministère des Affaires sociales, les directeurs et chefs de service;

— dans le réseau du ministère des Affaires sociales, les directeurs généraux des Centres locaux de santé communautaire (CLSC), des Conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS), des Centres de services sociaux (CSS), des Centres hospitaliers;

— pour rejoindre cette clientèle, le Conseil a publié dans Carrefour des Affaires sociales de l'été 83 un article intitulé *La santé des Québécois: priorités d'hier et d'aujourd'hui*;

— chez les professionnels de la santé, le Conseil s'est intéressé à rejoindre un grand nombre de médecins et de spécialistes soit directement en leur faisant parvenir la documentation appropriée, soit indirectement par l'intermédiaire d'une douzaine de revues médicales auxquelles ont été envoyés la série des quatre études et les communiqués de presse. Le Conseil s'est aussi intéressé à rejoindre les associations et les corporations professionnelles du domaine des affaires sociales ainsi que les conseils des médecins et dentistes des Centres hospitaliers;

— chez le personnel infirmier, on retrouve les infirmières-chefs de divers départements hospitaliers;

— au sein des institutions d'enseignement, le Conseil a voulu rejoindre les universités par le biais des facultés de médecine, et les cégeps par le biais des responsables de certains départements.

Pour atteindre un plus grand nombre de clientèles, le Conseil des affaires sociales et de la famille a jugé utile de faire appel à des moyens de communication autres que la conférence de presse. Il a aussi utilisé un dépliant intitulé *La santé des Québécois s'est-elle améliorée au cours des dernières années?* dans lequel on retrouve une présentation sommaire de chacune des quatre études ainsi qu'un bon de commande pour en faciliter l'accessibilité.

Le Conseil a cru bon de poursuivre sa campagne auprès du public en accordant des entrevues, en participant à des séminaires ou à des rencontres, ou encore en mettant au point des documents audio-visuels. Ainsi, la présidente du Conseil, madame Madeleine Blanchet a accordé une entrevue au journal *Le Courrier médical* à Montréal relativement au bilan de la santé des Québécois. Madame Sylvie Dillard, agente de recherche au Conseil, a abordé le sujet du bilan de santé et des coûts de la maladie au cours d'une entrevue radiophonique donnée dans le cadre de l'émission *Présent* à la Société Radio-Canada.

Dans ce même souci de transmettre le résultat de ses travaux et d'y sensibiliser un maximum de personnes, le Conseil a publié un article intitulé *Le bilan de la santé des Québécois et ses coûts : une orientation vers la promotion de la santé*. Monsieur François Camirand, agent de recherche au Conseil, en est l'auteur. Cet article figure dans le volume intitulé *La mesure et l'atténuation des facteurs de risque et la promotion de la santé*. Compte-rendu des 18es assises annuelles de la Société de médecine prospective. Ottawa, l'Association canadienne d'hygiène publique, 1983. 690 p.

De plus, le Conseil a demandé à Télé-Santé (de l'Institut de recherches cliniques de Montréal) de concevoir un jeu informatique illustrant le bilan de l'état de santé et des coûts de la maladie. Intitulé *Santé, Jouez gagnant* ce jeu est disponible pour les utilisateurs de Télidon et ceux de la banque d'information de Télé-Santé.

3.2 Le rêve éclaté

Dans l'avis intitulé *Le rêve éclaté*, le Conseil s'interroge sur la façon dont sont accueillis dans nos hôpitaux, dans leurs familles et dans la société, ceux qui naissent avec une déficience.

Par la publication de cet avis sur l'accueil à l'enfant handicapé, le Conseil poursuit sa démarche de sensibilisation des professionnels de la santé et du public, aux besoins des plus démunis de notre société.

Dans cette perspective de sensibilisation, le Conseil a voulu porter à l'attention des médias, du public en général et des groupes en particulier, les résutats de son travail sur l'accueil à l'enfant handicapé. C'est ainsi qu'il a organisé une conférence de presse à l'hôpital Sainte-Justine de Montréal en date du 23 février 1984 dont les participants étaient:

— madame Madeleine Blanchet, présidente du Conseil des affaires sociales et de la famille. Madame Blanchet a présidé la conférence. Elle y a présenté les faits saillants qui ressortent du *Rêve éclaté* en rappelant par exemple que la naissance d'un enfant handicapé atteint d'une déficience physique ou mentale confronte les parents à une réalité extrêmement difficile et exigeante ; ou en mentionnant que la majorité des parents qui donnent naissance à un enfant atteint d'une déficience physique ou mentale décident de garder leur enfant, et ne regrettent pas, par la suite, la décision qu'ils ont prise ; ou encore en soulignant que les professionnels qui doivent intervenir auprès des parents ayant un enfant handicapé, ont un rôle primordial à jouer afin de leur apporter l'aide et le soutien nécessaires. La présidente du Conseil a conclu en formulant certaines recommandations susceptibles d'améliorer la situation des parents et de leur enfant handicapé ;

— le docteur Louis Dallaire, professeur titulaire de pédiatrie à l'Université de Montréal et généticien à l'hôpital Sainte-Justine est responsable d'une enquête réalisée pour le compte du Conseil des affaires sociales et de la famille. Cette enquête a été menée à la Section de génétique de l'hôpital Sainte-Justine et s'intitule *Étude et évaluation des services médicaux disponibles aux jeunes enfants (0 à 5 ans) souffrant de déficience et Rapport sur l'utilisation et l'accessibilité de ces services*.

Les objectifs de cette enquête consistaient à mettre en lumière les conséquences familiales de la naissance d'un enfant ayant une déficience physique ou mentale et à évaluer l'accessibilité des services médicaux offerts aux enfants handicapés de moins de six ans;

— madame Constance Lamarche, travailleuse sociale au Centre de développement Champfleury. Madame Lamarche est l'auteure d'une thèse de maîtrise présentée à l'Université Laval en juin 1980 intitulée: *L'impact de la naissance d'un enfant handicapé sur la personnalité de la mère*. Cette thèse avait servi à la préparation de l'avis du Conseil;

— madame Madeleine Moranville, présidente du Centre des ressources institutionnelles de la Côte-Nord et membre du Conseil des affaires sociales et de la famille.

Le Centre des ressources institutionnelles Côte-Nord inc. a mis sur pied, il y a trois ans, un foyer de groupe à Sept-Îles, afin de permettre à des enfants multihandicapés d'acquérir des apprentissages de base sans être éloignés de leur famille. De plus, grâce à la collaboration du directeur et du personnel enseignant, le centre de jour fut intégré à l'école Jacques-Cartier avec succès. Dès septembre 1984, la Commission scolaire prendra en charge toute la programmation de ces jeunes et le Centre d'accueil n'apportera que le support d'une éducatrice à temps partiel. Elle s'est impliquée dans la réalisation de ce projet.

Le Conseil s'est demandé dans quelle mesure cette conférence de presse a atteint les objectifs fixés. Il a alors jugé utile de faire une analyse de la couverture des médias électroniques et des médias écrits. Le Conseil a remarqué que cet événement a bénéficié d'une grande réceptivité de la part des journalistes comme le montrent la plupart de leurs reportages. Toutefois, il est à préciser que *Le rêve éclaté* a fait l'objet d'une couverture plus approfondie de la part de la télévision. En effet, on s'est aperçu que les reportages télévisés comportaient, outre l'information véhiculée au cours de la conférence de presse, des images qui, prises dans les milieux mêmes, témoignent de cette réalité dans laquelle se situent l'enfant handicapé et ses parents. Les journalistes ont ainsi cru bon de compléter l'information plus factuelle, plus objective présentée par le Conseil en mettant en évidence les problèmes réels, difficiles parfois même dramatiques que vivent les enfants atteints de déficience physique ou mentale et les personnes qui les entourent (parents, professionnels de la santé, personnel hospitalier, etc.).

De son côté, la radio a plutôt privilégié quelques entrevues avec l'un ou l'autre des conférenciers. A cette occasion, la présidente du Conseil a présenté des commentaires particuliers sur la question.

Du côté des médias écrits, signalons un article du quotidien *Le Soleil* dans la rubrique *Dossiers*, et un article dans le magazine Châtelaine de juillet 1984 intitulé *Le mythe du bébé sur mesure*.

Tout comme pour le bilan de l'état de santé, le Conseil a procédé à une identification de ses publics-cibles.

Parmi les publics-cibles privilégiés, on retrouve les établissements du réseau des Affaires sociales, les professionnels de la santé, le personnel infirmier, les départements de génétique, les institutions d'enseignement (universités, collèges publics et privés) et les associations de parents d'enfants handicapés et de personnes handicapées.

Ainsi, dans le cas du réseau du ministère des Affaires sociales, le Conseil a tenté de rejoindre les responsables des Centres hospitaliers, des Départements de santé communautaire (DSC), des Centres locaux de santé communautaire (CLSC), des

Conseils régionaux de santé et de services sociaux (CRSSS), des Centres de services sociaux (CSS). Parmi les personnes rejointes, on retrouve, entre autres, les directeurs généraux, les directeurs de services professionnels, les responsables de la pédiatrie, les directeurs de programmes de santé. C'est ainsi que Carrefour des Affaires sociales de l'hiver 84 a consacré son dossier spécial au sujet de l'enfant naissant avec une déficience dans lequel figure l'avis donné par le Conseil.

Dans le cas des professionnels de la santé, le Conseil a voulu privilégier notamment les pédiatres, les obstétriciens et les omnipraticiens exerçant dans les régions rurales ou dans les petites villes.

Du côté du personnel infirmier, le Conseil a jugé utile de mener sa campagne de sensibilisation auprès des infirmières-chefs des départements d'obstétrique, de pédiatrie et de chirurgie.

Par ailleurs, on a cherché à toucher les départements de génétique du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, du Montreal Children's Hospital, du Centre hospitalier de l'Université Laval.

Le Conseil a jugé important de rejoindre aussi le milieu de l'éducation, en particulier les facultés de médecine des universités et certains départements de collèges publics et de collèges privés. La clientèle visée dans les universités comprend les responsables des départements de gynécologie-obstétrique, de pédiatrie, de neurologie, de sciences infirmières, de réadaptation, etc. Dans le cas des collèges, ce sont les responsables des techniques infirmières et soins infirmiers, de réadaptation, d'éducation spécialisée et d'assistance sociale qui ont été visés.

Enfin, dans cette campagne de sensibilisation, le Conseil n'a pas oublié de véhiculer son message auprès des associations de parents d'enfants handicapés et de personnes handicapées.

Outre les conférences de presse, il arrive que le Conseil des affaires sociales et de la famille utilise d'autres approches de communication pour mieux atteindre ses clientèles-cibles. Ces approches peuvent être diverses : entrevues, séminaires, rencontres, articles, etc. Dans cette optique la présidente du Conseil a accordé plusieurs entrevues radiophoniques tant à Montréal qu'à Québec.

3.3 Les activités publiques de la présidente

En plus de diriger les activités du Conseil et d'en coordonner les travaux, d'assurer une liaison entre le Conseil et le ministre des Affaires sociales ou le ministre de la Main-d'oeuvre et de la Sécurité du revenu selon le cas, la présidente participe à diverses rencontres, congrès, colloques, séminaires, émissions de radio et de télévision, ou sessions de travail soit au Québec, au Canada ou à l'étranger. Ces activités donnent à la présidente l'occasion de présenter les travaux du Conseil et, au besoin, de puiser une information utile aux études, recherches et avis de l'organisme. Une liste chronologique de ces principales activités illustre la variété des thèmes abordés et la diversité des auditoires auxquels s'adresse le Conseil.

18 avril 1983

Participation à la réunion annuelle de l'Institut canadien de la santé infantile, à Toronto

26 avril 1983

Participation à une émission sur la surconsommation des médicaments à la télévision de Radio-Canada, en rapport avec l'avis *Médicaments ou potions magiques?*

3 mai 1983

Conférencière lors du séminaire sur la santé et les conditions sociales tenu à l'Université McMaster de Hamilton. Sujet traité: *Évolution de l'état de santé au Québec au cours de la dernière décennie.*

5 mai 1983

Conférencière au Sanatorium Bégin dans le cadre d'un colloque sur les personnes âgées. Sujet traité: *L'espérance de vie en bonne santé.*

17 mai 1983

Participation à une rencontre de l'Association des manufacturiers canadiens à l'Auberge des Gouverneurs, place Hauteville, dont le sujet était *Productivité — nécessité de nouveaux moyens pour développer nos ressources humaines.*

19 et 20 mai 1983

Participation au colloque *Jean-Yves Rivard*, qui s'est tenu à l'Université de Montréal, et dont le thème était *L'assurance-maladie a cent ans (1883-1983).*

23 mai 1983

Conférencière au colloque des XXIX^{e} Journées scientifiques de la Société française de médecine préventive et sociale à l'Hôtel Méridien. Madame Blanchet a prononcé la conférence d'ouverture qui portait sur *La problématique de la prévention en 1983.*

9 et 10 juin 1983

Participation au colloque sur *l'imputabilité dans la Fonction publique.*

17 juin 1983

Participation à l'émission *D'un autre oeil* de Radio-Canada portant sur la politique québécoise en matière de nutrition.

17 juin 1983

Panéliste au colloque *Télématique et santé* tenu à l'Auditorium de l'Institut de recherches cliniques de Montréal. Sujet discuté: *Implantation de la télématique en santé : perspective et objectifs.*

22 juin 1983

Exposé au congrès international de cytologie tenu à l'Hôtel Reine Élizabeth, dont le titre était *Une victoire sur le cancer: la lutte contre le cancer du col de l'utérus.*

11 au 15 juillet 1983

Participation à une conférence sur la science des systèmes dans le domaine des services socio-sanitaires pour les personnes âgées ou handicapées tenue à l'Hôtel Bonaventure.

15 septembre 1983

Exposé présenté dans le cadre des journées de formation annuelles du Sanatorium Bégin, à Chicoutimi. Titre de l'exposé: *L'espérance de vie en bonne santé.*

3 octobre 1983

Exposé au colloque *Crise économique et fécondité* tenu au Holiday Inn de Sainte-Foy.

8 au 16 octobre 1983

Représentante du gouvernement du Québec à l'Assemblée annuelle de l'Union internationale des organismes familiaux à Madrid. Madame Blanchet a assuré la présidence de la Commission de la santé de la famille à cette assemblée.

29 au 30 octobre 1983

Participation au forum *Les femmes : une force économique insoupçonnée* au Palais des congrès de Montréal.

8 novembre 1983

Participation à une émission sur le thème de la famille, à la télévision de Télécapitale, à Québec.

11 novembre 1983

Conférence de presse au Salon du livre de Montréal à l'occasion du lancement du *bilan de l'état de santé des Québécois.*

16 novembre 1983

Interview sur le bilan de santé des Québécois accordée au *Courrier médical* à Montréal.

17 novembre 1983

Interview à l'émission d'information *Le Point* sur le bilan de l'état de santé des Québécois, à la télévision de Radio-Canada, à Montréal.

22 novembre 1983

Interview à l'émission *L'Événement* sur le thème de la famille à la télévision de Télécapitale, à Québec.

13 au 15 février 1984

Participation à un colloque sur la santé mentale, à Toronto.

16 février 1984

Participation à l'émission *Action débat* sur le thème de la santé, à la télévision de Radio-Québec.

23 février 1984

Conférence de presse à l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal pour le lancement de l'avis *Le rêve éclaté.*

23 février 1984

Interview à l'émission *L'Informateur* portant sur *Le rêve éclaté*, à la station radiophonique CKAC.

27 février 1984

Entrevue téléphonique à l'émission *Le matinal* portant *sur Le rêve éclaté*, à la station radiophonique CKVL de Montréal.

16 mars 1984

Exposé au colloque de l'Association de santé publique au CRSS de Montréal, qui avait pour titre *La santé des Québécois et les nouveaux défis à relever en santé communautaire.*

23 mars 1984

Interview à l'émission *Présent* portant sur *Le rêve éclaté*, à la radio de Radio-Canada.

3.4 Les autres activités de communications

Au cours de l'exercice financier 1983-1984, le Conseil n'a pas uniquement orienté ses activités de communications autour des quatre études dont il est fait mention dans les paragraphes 3.1 et 3.2 de ce chapitre. Ses activités de communications ont touché d'autres sujets dont certains ont retenu particulièrement notre attention. Nous en donnons un aperçu ci-dessous.

Dans un objectif de sensibilisation du milieu universitaire, le Conseil a manifesté sa présence à deux rencontres par le biais de monsieur Laurent Roy. La première rencontre est un séminaire dont le thème s'intitule *Le rôle de l'État sur le système des soins*. La deuxième rencontre, constituée par une conférence, portait le titre *L'évolution de la mortalité au Québec*. Ces deux rencontres ont eu lieu au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval.

Monsieur Laurent Roy a également participé aux travaux du Comité interministériel sur la population et l'immigration; ceci a donné lieu à la parution d'un document intitulé: *Démographie québécoise : passé, présent, perspectives*. Bureau de la statistique du Québec, Nov. 1983. 457 p.

Annexe

Liste des publications disponibles

On peut obtenir gratuitement les publications suivantes en s'adressant au Conseil des affaires sociales et de la famille, 1126, chemin Saint-Louis, Sillery, Québec, G1S 1E5 (Tél. : (418) 643-3040).

La notion du revenu minimum, l'état de la question et les recommandations

Promotion de la participation des groupes populaires à la gestion des services publics et au développement des communautés

La question du Tribunal de la famille

La question de l'avortement

La question des indicateurs sociaux

La question de la régionalisation des services de santé et des services sociaux

La question de l'adoption

La natalité au Québec

Le rapport annuel 1971-1972

Le rapport annuel 1972-1973

Le rapport annuel 1973-1974

Le rapport annuel 1974-1975

Le rapport annuel 1975-1976

Le rapport annuel 1976-1977

Le rapport annuel 1977-1978

Le rapport annuel 1978-1979

Le rapport annuel 1979-1980

Le rapport annuel 1980-1981

Le rapport annuel 1981-1982

Le rapport annuel 1982-1983

Le rapport annuel 1983-1984

Étude sommaire de la situation de l'information statistique sur la société québécoise

Mourir chez soi

Coûts de la prévention en santé, Québec 1980-1981 : document de travail

Estimation des coûts directs de la maladie au Québec en 1980-1981 : document technique

Les publications suivantes sont vendues dans les librairies de l'Éditeur officiel du Québec :

L'alimentation à l'école

L'éducation sexuelle à l'école : une nécessité

Inventaire des mesures et actions du gouvernement du Québec à l'égard des familles

Médicaments ou potions magiques ?

La famille, demain

Collection : La santé des Québécois

1. Durée ou qualité de la vie ?
2. Des victoires sur la mort
3. Des problèmes prioritaires
4. Les coûts de la maladie

Le rêve éclaté

Liste des articles publiés

La santé des Québécois : priorités d'hier et d'aujourd'hui. Carrefour des Affaires sociales, été 1983.

La naissance d'un enfant handicapé : dépasser le choc. Carrefour des Affaires sociales, hiver 1984.

Les recherches de l'autonomie. Carrefour des Affaires sociales, printemps 1984.

La mesure et l'atténuation des facteurs de risque et la promotion de la santé. Compte-rendu des 18es assises annuelles de la Société de médecine prospective. Ottawa, l'Association canadienne d'hygiène, 1983. 690 p.